



The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
774 promenade Echo Drive, Ottawa, Canada K1S 5N8

Ressources humaines en santé :

**Un élément essentiel d'un système de santé durable,
accessible et réactif**

**Mémoire au Comité permanent de la santé
de la Chambre des communes**

Le 28 avril 2009

I Introduction

Permettez-moi d'abord de remercier le Comité permanent de la santé de nous permettre de présenter le point de vue du Collège royal sur les ressources humaines à ses membres et de contribuer aux travaux du Comité permanent sur cet enjeu important.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est un organisme national sans but lucratif, qui a été créé en 1929 en vertu d'une loi spéciale du Parlement. Le Collège royal voit à ce que la formation et l'évaluation et la pratique des médecins et chirurgiens spécialistes de 61 spécialités et sous-spécialités de la médecine soient conformes aux normes les plus élevées. Le Collège royal se voue à l'excellence dans les soins médicaux spécialisés, à l'établissement de normes élevées en formation médicale et en apprentissage continu et à la promotion de politiques de santé réfléchies, y compris en ce qui concerne les ressources en santé.

Le Collège royal a été l'un des chefs de file dans le domaine des politiques de la santé en ce qui concerne les effectifs médicaux, y compris le Groupe de travail Deux¹ et le Partenariat canadien contre le cancer², deux tribunes qui ont permis de réunir des organisations reconnues de professionnels de la santé avec les gouvernements afin de relever les principaux enjeux et de proposer des stratégies de ressources humaines novatrices.

Les gouvernements, les planificateurs des services de santé, les intervenants en matière de santé et les décideurs ont longtemps été aux prises avec des problèmes de ressources humaines, qui représentent l'un des principaux défis que doit relever notre système de santé. Des ressources adéquates en santé sont un élément essentiel d'un système de santé de qualité, durable, accessible et réactif pour tous les Canadiens, peu importe où ils vivent au Canada.

Il y a eu plusieurs initiatives pancanadiennes sur les ressources humaines en santé (RHS) lancées par les professions de la santé, y compris l'étude menée par le secteur infirmier³ et Groupe de travail Deux, les deux études ayant été conclues en 2006. Le gouvernement a également fait des efforts dans ce sens, notamment par son *plan décennal pour consolider les soins de santé*⁴, une initiative fédérale/provinciale/territoriale lancée en 2004 et le *Cadre de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne*⁵ de 2005.

Malgré ces initiatives et d'autres efforts de recherche et de planification sur les ressources humaines en santé, l'objectif du maintien d'un effectif pancanadien stable et suffisant d'intervenants de la santé n'est toujours pas atteint. Comme l'a souligné le Conseil canadien de la santé, « Hormis certains efforts louables de collaboration régionale, chaque province et territoire fait sa propre planification, sans les renseignements pancanadiens requis pour prendre des décisions fiables. Résultat : les professionnels de la santé sont épuisés et les instances se font une concurrence constante pour recruter des prestataires de soins de santé. De son côté, le public continue d'être frustré par les temps d'attente, le manque de coordination des soins et la difficulté de trouver des prestataires de soins appropriés ».⁶

En effet, comme plusieurs témoins l'ont mentionné à ce Comité durant votre examen réglementaire du plan décennal, « ... les programmes de formation en santé n'accueillent toujours pas assez d'élèves pour produire le nombre de nouveaux diplômés qu'il faut pour remplacer les professionnels qui quittent la main-d'oeuvre active. En fait... la pénurie de ressources humaines dans le secteur de la santé est nationale. L'information disponible sur la

gravité de ces lacunes porte à croire que le Canada est peut-être sur le point de connaître une « crise » dans ce domaine ». ⁷

Nous espérons que notre analyse et nos recommandations concernant les cinq secteurs relevés par le Comité aideront les membres dans leurs délibérations visant à formuler des solutions à ces défis en matière de ressources humaines en santé.

Les enjeux affectant les effectifs en médecine spécialisée sont complexes et multiples. Nous encourageons les membres du Comité à consulter, en plus de notre mémoire, la documentation découlant de la consultation des associations nationales de spécialistes commanditée par le Collège royal en novembre 2008, au cours de laquelle quelque 50 représentants de différentes spécialités ont discuté du problème des RHS et ont proposé des solutions. Ce rapport et les documents connexes sont présentés sur le site Web du Collège royal. ^{8,9}

II. Recrutement et rétention : l'offre d'effectif médical spécialisé

La situation actuelle : Si le nombre de médecins spécialistes a augmenté au cours des dernières années, l'offre réelle et la combinaison de spécialités demeurent inadéquates pour répondre aux besoins des Canadiens en temps opportun. Par conséquent, les Canadiens ne sont pas assurés de recevoir les soins d'un spécialiste au moment et à l'endroit où ils en ont besoin. Cela est particulièrement préoccupant durant les périodes d'incertitude économique, puisqu'une main-d'œuvre en santé est essentielle à la productivité et au renouvellement économique.

Plusieurs facteurs influant sur l'offre d'effectif médical spécialisé doivent être examinés. Le vieillissement de l'effectif médical provoquera une vague de retraites au cours des 5 à 15 prochaines années. De plus, les jeunes médecins font habituellement moins d'heures que leurs collègues plus âgés parce qu'ils veulent atteindre un équilibre entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. Les récentes réductions budgétaires fédérales du financement de la recherche en santé et biomédicale jettent le doute sur la capacité du Canada de recruter et de conserver les chercheurs éminents responsables de la recherche de pointe et des percées dans les soins spécialisés. De plus, les lacunes dans la recherche et la collecte de données sur la médecine spécialisée nuisent aux recherches sur les RHS, à l'analyse et à la planification en ce qui concerne l'effectif médical spécialisé.

- *Le vieillissement de l'effectif médical spécialisé :*
 - L'Institut canadien d'information sur la santé confirme que l'effectif médical spécialisé du Canada vieillit : l'âge moyen des spécialistes est passé de 48,5 ans en 1997¹⁰ à 50,5 ans en 2007¹¹.
 - Les données de l'ICIS montrent également qu'en 2007, plus de la moitié de l'effectif médical spécialisé (51,3 %) avait cinquante ans ou plus, ¹² une hausse de 9,3 % depuis 2000¹³.
- *Les médecins plus jeunes recherchent un équilibre travail-vie personnelle différent :*
 - Le vieillissement de l'effectif n'est pas le seul facteur contribuant aux départs à la retraite des spécialistes. En comparant les données des sondages nationaux auprès des médecins de 2004 et de 2007, on constate que les spécialistes ont réduit le nombre d'heures moyennes consacrées aux soins directs aux patients^{14,15} à l'exclusion du temps de garde. De plus, en 2007, 35,6 % des spécialistes ont indiqué qu'ils prévoient réduire leur nombre d'heures de travail par semaine (à l'exclusion du temps de garde), tandis que seulement 7,2 % prévoient augmenter leur nombre d'heures de travail par semaine.¹⁶
 - En tenant compte des effets du vieillissement de l'effectif médical, nous devons également reconnaître que typiquement, les jeunes médecins recherchent un équilibre travail-vie

professionnelle différent que les générations précédentes. Les données du Sondage national auprès des médecins de 2007 révèlent que les médecins de moins de 45 ans travaillent moins d'heures par semaine (à l'exclusion du temps de garde) que leurs collègues de 45 à 65 ans.¹⁷ De plus, 87,4 % des résidents de 2^e année citaient la capacité d'obtenir un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle comme un élément important permettant d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie.¹⁸

- *Perte du capital humain en recherche :*

- Les spécialistes sont essentiels à la recherche fondée sur des preuves et aux percées dans le domaine des soins médicaux. Les médecins qui ont reçu le soutien de l'ICIS et d'autres organisations subventionnaires ont effectué des recherches de pointe grâce à ce soutien.
- Si nous apprécions le nouveau financement de 35 millions de dollars prévu dans le budget de 2009 pour les bourses d'études postsecondaires financées par nos conseils subventionnaires, nous craignons que les réductions proposées de 147 millions de dollars (5,5 %) sur trois ans des fonds accordés aux conseils subventionnaires canadiens (CRSNG, SSHRC et ICIS), menace non seulement la durabilité des entreprises de recherche au Canada, mais également la capacité du pays de recruter et de conserver des chercheurs et des scientifiques émérites. Cela est particulièrement inquiétant si l'on considère que d'autres pays, comme le Royaume-Uni et les États-Unis augmentent leurs investissements dans la recherche.^{19,20} Un tel écart dans les politiques pourrait provoquer un retour de « l'exode des cerveaux » qu'a connu le Canada durant les années 1990.

Pour relever les défis actuels et futurs en matière de recrutement et de conservation, le Collège royal recommande que :

- 1. le gouvernement fédéral investisse dans la formation et l'éducation de médecins et d'autres professionnels de la santé et respecte l'engagement pris par le parti Conservateur durant la campagne électorale de 2008 d'investir 10 millions de dollars par année sur quatre ans pour financer 50 nouveaux postes de résidence dans les hôpitaux d'enseignement,²¹ et de prolonger ce financement pour dix ans;**
- 2. le gouvernement fédéral augmente et maintienne les investissements du Canada dans la recherche médicale, psychosociale et dans le domaine de la santé afin d'améliorer à la fois le système de santé du Canada et sa capacité à recruter et à retenir les chercheurs biomédicaux, les scientifiques et les spécialistes les plus émérites.**

III. Soins de santé en collaboration axés sur le patient

La situation actuelle : Les avantages des soins en collaboration axés sur le patient sont de mieux en mieux compris, acceptés et mis en œuvre. En ce qui concerne la médecine, 94 % des médecins spécialistes et des chirurgiens ont répondu, dans le SNM de 2007, que la collaboration avec d'autres professionnels de la santé permettait non seulement d'améliorer les soins qu'ils offraient à leurs patients, mais également les soins que leurs patients recevaient.²² Le gouvernement fédéral a fait de la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient²³ un élément clé de sa stratégie sur les RHS. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont affirmé leur engagement envers la pratique interprofessionnelle dans le Cadre de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne.²⁴ En vertu du plan décennal, les gouvernements se sont engagés à fournir à 50 % des Canadiens un accès 24 heures par jour et 7

jours par semaine à des soins de santé primaires offerts par des équipes multidisciplinaires d'ici 2011.²⁵

Si nous félicitons le gouvernement d'avoir pris des mesures sur la collaboration avec les soins primaires, les efforts en ce sens ne doivent pas se limiter à ces mesures. Les soins interprofessionnels en collaboration doivent être mis en œuvre sur tout le continuum de soins, y compris dans le cas des soins aux malades chroniques et des soins actifs, puisque le bien-être – et même la survie – de certains Canadiens est en jeu. En fait, comme certains témoins l'ont mentionné à ce Comité durant l'examen du plan décennal, d'autres aspects du continuum, comme les soins à domicile et les soins à long terme devraient être intégrés de façon transparente avec les soins primaires,²⁶ et cela doit comprendre les RHS travaillant de façon interprofessionnelle et en collaboration.

Pour optimiser la contribution de tous les membres d'une équipe de soins en collaboration axés sur le patient, le Collège royal recommande que :

3. le gouvernement fédéral assure la coordination nationale et offre un soutien financier pour améliorer l'offre, le déploiement et l'évaluation d'autres professionnels de la santé, comme des adjoints aux médecins, des infirmières cliniciennes ayant une formation supérieure (y compris des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes spécialisées), qui s'assureront ensuite que les Canadiens aient accès à plus de soins spécialisés de meilleure qualité.

IV. Les professionnels formés à l'étranger

La situation actuelle : Le Canada a toujours intégré des diplômés en médecine internationaux (DMI) dans ses effectifs. Ceux-ci représentent de 20 à 30 % de l'effectif médical.²⁷ Si le total des DMI s'élevait à 22 % en 2007, il y a d'importantes variations dans les provinces, Terre-Neuve, la Saskatchewan, le Manitoba et le Yukon intégrant une plus grande proportion de DMI dans leurs effectifs respectifs.²⁸ Conformément aux recommandations du Groupe de travail Deux, le Collège royal affirme que le « Canada devrait atteindre une autosuffisance en assurant une production nationale adéquate de médecins, en plus d'intégrer des politiques éthiques en matière d'immigration afin de répondre aux besoins changeants de la société. »²⁹

 Tableau 2 : Nombre et proportion de médecins diplômés en médecine d'une université canadienne ou étrangère, 2007* ³⁰														
P/T	T.N.-L.	I.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Can.
Tous les médecins														
• DCM	65 %	86 %	72 %	78 %	89 %	76 %	70 %	51 %	72 %	72 %	69 %	71 %	89 %	78 %
• DMI	35 %	14 %	28 %	22 %	11 %	24 %	30 %	49 %	28 %	28 %	31 %	29 %	11 %	22 %
Médecins de famille														
• DCM	66 %	85 %	73 %	84 %	88 %	78 %	58 %	45 %	64 %	71 %	69 %	66 %	88 %	77 %
• DMI	34 %	15 %	27 %	16 %	12 %	22 %	42 %	55 %	36 %	29 %	31 %	34 %	13 %	23 %
Spécialistes														
• DCM	63 %	88 %	70 %	72 %	90 %	74 %	81 %	59 %	82 %	73 %	71 %	85 %	100 %	79 %
• DMI	37 %	13 %	30 %	28 %	10 %	26 %	19 %	41 %	18 %	27 %	29 %	15 %	0 %	21 %

*Nota : Les nombres exprimés en pourcentage étant arrondis, leur somme ne correspond pas nécessairement à 100 %.

Les DMI et autres professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) sont essentiels pour combler les besoins en santé des Canadiens. Cela dit, ils doivent respecter les normes canadiennes pour

pouvoir exercer. Le Canada doit donc avoir la capacité d'examiner leurs titres de compétence, de mesurer leurs capacités tout en leur permettant de s'intégrer de façon transparente au système de santé canadien. Nous tenons à souligner le travail effectué par le Groupe de travail sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine et des initiatives connexes par les gouvernements F-P-T en matière d'évaluation et de traitement des DMI et autres PSFE.

Pour répondre aux besoins de santé de la société et combler les pénuries en médecins spécialistes au Canada, le Collège royal a établi des voies de certifications qui permettent aux spécialistes qualifiés, y compris les DMI, d'obtenir le certificat de spécialité du Collège royal. Nous nous sommes engagés à améliorer notre processus de certification afin qu'il évolue au même rythme que l'éducation et la formation en médecine, tout en conservant des normes permettant d'assurer que les patients reçoivent des soins de qualité en toute sécurité.

Depuis 2007, les DMI peuvent participer à la première ronde du processus de jumelage du Service canadien de jumelage des résidents.³¹ En raison des différences dans la formation et l'éducation de certains DMI, tous ne sont pas admissibles à la certification et les provinces élaborent certaines solutions de rechange. Par exemple, l'initiative sur les auxiliaires médicaux de ProfessionsSantéOntario vise à recruter des DMI comme auxiliaires médicaux, dont certains auraient de la difficulté à exercer sans suivre une formation complète.³² Même si ces mesures sont utiles, il faut en faire plus pour répondre aux besoins en santé des Canadiens tout en assurant des soins de santé sécuritaires et de grande qualité.

- *Des mesures additionnelles concernant les DMI devraient permettre d'assurer que le système d'éducation et de formation en médecine du Canada a la capacité de :*
 - Former des DMI qualifiés pour leur permettre d'exercer au Canada.
 - Permettre aux Canadiens à l'étranger de revenir terminer leur résidence au Canada.
 - Accomplir ces deux fonctions sans nuire aux possibilités des Canadiens qui désirent suivre une formation postmédicale au Canada.

Pour accélérer l'intégration des diplômés en médecine internationaux – à la fois les immigrants reçus et les Canadiens étudiant à l'étranger – dans l'effectif médical et le système d'éducation canadien, le Collège royal recommande que :

4. le gouvernement fédéral établit un financement ciblé et soutenu pour accroître les capacités des facultés de médecine, y compris le nombre de postes de résidents et pour élaborer des systèmes et des outils d'évaluation des DMI.

V. Besoins des régions rurales et éloignées

La situation actuelle : L'accès à un médecin (et à d'autres services de santé) dans les régions rurales et éloignées est un problème chronique en matière de planification des services de santé.³³ Le problème à l'origine de cette situation est un problème de mauvaise distribution des médecins. « Entre 1991 et 1996, le pourcentage des médecins oeuvrant dans les petites villes et les régions rurales du Canada est tombé de 14,9 % à 9,8 %, tandis que la population de ces régions augmentait pour passer de 19,2 % à 22,2 % de la population totale. »³⁴

De nombreux facteurs influent sur la prestation de services médicaux dans les régions rurales et éloignées et ceux-ci doivent être examinés. Plusieurs régions mal desservies se fient aux DMI pour

obtenir des soins, mais tout comme leurs collègues formés au Canada, un grand nombre d'entre eux quittent la région vers les régions urbaines une fois qu'ils ont reçu leur permis d'exercice de la médecine. On se préoccupe du fait que l'Accord sur le commerce intérieur qui vient d'être modifié aggrave les pénuries de médecins dans ces régions, puisque les règles sur la mobilité s'appliquent à la fois aux médecins ayant obtenu leur permis d'exercer et à ceux disposant d'un permis provisoire. L'endroit où les médecins sont formés influe également sur l'endroit où ils choisissent d'exercer et la rétention des diplômés locaux est supérieure à celle des médecins qui viennent de plus loin pour suivre leur formation. Les facteurs sociaux et économiques influent également sur le recrutement et la rétention des médecins dans ces régions.

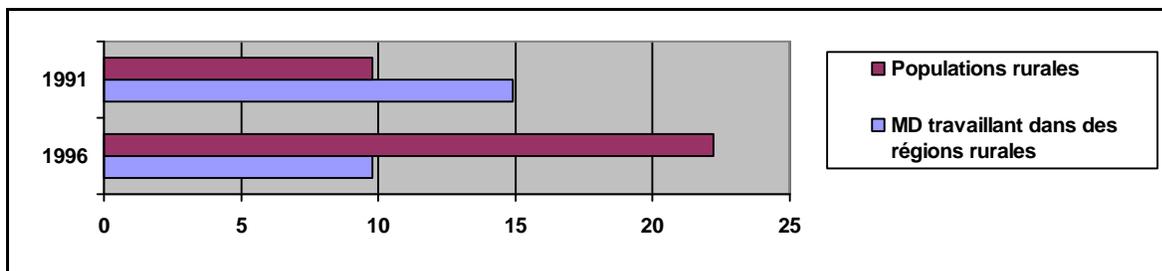


Figure 1 : Changement dans les populations rurales et du nombre de médecins travaillant dans les régions rurales, 1991-1996

- *Recours aux DMI disposant de permis provisoires pour la prestation de soins médicaux dans les régions mal desservies :*
 - Les régions rurales et éloignées du Canada ont souvent recours aux DMI pour répondre aux besoins en santé des Canadiens vivant dans ces régions. Historiquement, il est difficile d'attirer des diplômés canadiens dans ces régions,³⁵ et par conséquent, les DMI représentent donc 26,9 % des médecins de famille dans les régions rurales, comparativement à 22,6 % dans les régions urbaines.³⁶ Les médecins avec un permis temporaire d'exercer (les médecins dont la capacité d'exercer est limitée d'une façon ou d'une autre), qui sont pour la plupart des DMI, peuvent exercer la médecine sans devoir passer une partie ou la totalité des examens requis par le Conseil médical du Canada (CMC) et la formation médicale postdoctorale canadienne subséquente.³⁷ Les médecins ayant un permis d'exercer provisoire et travaillant dans des régions mal desservies doivent accepter d'y travailler pendant une période donnée avant d'obtenir leur permis d'exercer. Une fois qu'ils ont reçu leur permis d'exercer, les DMI peuvent travailler partout au Canada. Tout comme les médecins formés au Canada, plusieurs DMI choisissent de travailler dans les centres urbains lorsqu'ils reçoivent leur permis d'exercer.³⁸ Il en coûte plus pour les petites provinces moins riches du Canada d'aller recruter des médecins à l'étranger³⁹ et de les former.⁴⁰
- *Répercussions potentielles concernant la mauvaise distribution des médecins en vertu de l'ACI modifié :*
 - Les dernières modifications des dispositions sur la mobilité de la main-d'œuvre de l'ACI, telles qu'elles sont formulées, risquent d'aggraver le problème de mauvaise distribution des médecins en accélérant le départ des médecins de certaines provinces et territoires, puisque ces modifications s'appliquent à la fois aux titulaires de permis d'exercer et aux titulaires de permis provisoire. Le Collège royal a rédigé un document de discussion⁴¹ sur le sujet et a fait part de ses préoccupations dans une lettre adressée aux ministres FTP de la Santé et du Travail;⁴² les deux documents sont disponibles sur notre site Web.
- *Influence du lieu de la formation médicale :*

- L’endroit où les résidents reçoivent leur formation médicale influe sur le choix de l’endroit où ils pratiqueront. Par exemple, une étude récente de l’université Memorial démontre que contrairement aux DMI et aux diplômés canadiens de l’extérieur de Terre-Neuve, les diplômés en médecine de l’université Memorial sont plus susceptibles de rester dans la province que les DMI ou les médecins formés ailleurs au Canada. Les efforts visant à améliorer le recrutement de diplômés locaux pourraient contribuer à stabiliser l’offre de médecins dans la province.⁴³
- *Autres influences concernant la prestation de services médicaux dans les régions rurales et éloignées :*
 - Les autres facteurs qui influent sur le choix d’un lieu de travail sont la qualité de vie, le revenu, la satisfaction professionnelle, les possibilités professionnelles, la charge de travail, l’équilibre travail – vie professionnelle et l’environnement en équipe.⁴⁴ En raison de la complexité du recrutement et de la rétention des médecins dans les secteurs mal desservis, le Groupe de travail Deux recommande, en plus de la création d’un organisme pancanadien de soutien à la planification des RHS, « des mesures spéciales de recrutement et de maintien en poste pour répondre aux besoins des groupes où les iniquités en matière de santé sont manifestes, comme dans le cas des Autochtones, des gens vivant dans des collectivités rurales, éloignées, du Nord et isolées, et là où l’on prévoit des pénuries en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé ».⁴⁵

Pour assurer que tous les Canadiens ne souffrent pas du manque de services médicaux essentiels en raison d’une pénurie de travailleurs de la santé ou d’autres ressources, le Collège royal recommande que :

5. le gouvernement fédéral étudie la possibilité de créer un fonds d’infrastructure fédéral spécial pour offrir des services d’urgence et de l’aide aux collectivités rurales et éloignées qui n’ont pas accès aux services de santé adéquats.

VI. Peuples autochtones et autres groupes fédéraux

La situation actuelle : Les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis forment environ 3,8 % de la population du Canada et sont environ 1,2 million de personnes.⁴⁶ C’est un fait bien connu que les gens des Premières Nations, les Inuits et les Métis ont une moins bonne santé que les Canadiens non autochtones.

Troubles de santé affectant les Canadiens des Premières Nations, les Inuits et les Métis :

- Espérance de vie plus courte de 7,4 ans pour les hommes des Premières Nations et de 5,2 ans pour les femmes des Premières nations.⁴⁷
- Un taux de prévalence du diabète de trois à cinq fois plus élevé.⁴⁸
- Des taux de prévalence du cancer qui augmentent plus rapidement que dans la population non autochtone.⁴⁹
- Un taux de prévalence de la tuberculose de huit à dix fois plus élevé.⁵⁰

Nous tenons à souligner les investissements dans le domaine de la santé des Autochtones prévus dans le budget fédéral 2009, ainsi que les investissements en vue de la création d’une infrastructure à large bande, qui devrait améliorer la prestation de services de télésanté aux Canadiens vivant dans les

collectivités rurales et éloignées, dont plusieurs sont des Autochtones. À la lumière des problèmes de santé auxquels font face les Autochtones canadiens, nous demandons avec insistance au gouvernement fédéral d'accroître son engagement envers l'amélioration de la santé et des soins médicaux des Autochtones.

Le Collège royal a collaboré avec l'Association des médecines indigènes du Canada pour élaborer les compétences essentielles dans un Cadre de formation médicale postdoctorale afin de fournir des soins sécuritaires et adaptés à la culture aux Autochtones dans le domaine de la médecine familiale, de la psychiatrie, de l'obstétrique et de la gynécologie. C'est là une preuve tangible de notre engagement envers l'amélioration de la santé des populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Nous sommes fiers de cette initiative et reconnaissants pour le soutien obtenu de Santé Canada. Le programme a été dévoilé avec la participation du ministre de la Santé en mars dernier et nous encourageons les membres du Comité à consulter le document en question sur notre site Web.⁵¹

Nous reconnaissons que tous les médecins doivent offrir aux Autochtones des soins adaptés à leur culture. Nous convenons également qu'il est important d'encourager la diversité dans l'effectif médical et appuyons les Autochtones qui désirent faire carrière en médecine, ce qui exige un fort leadership en éducation médicale et le développement d'un effectif médical. Nous reconnaissons la participation du gouvernement fédéral dans ce domaine dans le cadre de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone.

Pour relever les défis en matière de soins de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le Collège royal recommande que :

6. le gouvernement fédéral crée un fonds spécial visant à :

- i) intégrer au sein du programme d'éducation médicale du Canada le cadre sur les compétences essentielles en matière de santé des Inuit, des Métis et des Premières nations élaboré par l'Association des médecines indigènes du Canada et le Collège royal;**
- ii) créer des programmes de bourse et de mentorat dans le continuum de l'éducation médicale;**
- iii) recruter et placer des professionnels de la santé des Premières nations, inuits et métis dans des pratiques professionnelles.**

VII. Conclusion

Dans son rapport de 2008 sur la réforme de la santé, le Conseil canadien de la santé précisait « ... au Canada, nous sommes loin d'un système de santé où les patients reçoivent régulièrement des soins coordonnés et complets d'équipes interprofessionnelles »⁵² Le Conseil est partisan d'une vision pancanadienne de la santé et des soins de santé ainsi que des mécanismes permettant de réaliser cette vision tout en respectant la prestation provinciale et territoriale de soins de santé.⁵³ Cette citation est similaire à celle du Groupe de travail Deux qui prônait « la création d'un organisme ou mécanisme pouvant soutenir et faciliter les mécanismes de coordination dans l'élaboration et l'établissement de plans pancanadiens futurs en matière de RHS pour s'assurer que le Canada dispose du bon nombre de médecins, qui travaillent aux bons endroits et de manière optimale afin de répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes »⁵⁴

Pour améliorer la planification et l'utilisation des ressources humaines en santé au Canada, le Collège royal recommande que :

7. le gouvernement fédéral crée et appuie financièrement un institut ou un observatoire pancanadien sur les ressources humaines en santé pour :

- i) aborder le manque et les faiblesses des données, de la recherche et de l'analyse,**
- ii) partager les connaissances, surtout en ce qui a trait aux résultats en matière de santé que peuvent avoir les pénuries de RHS, les progrès à l'égard des nouveaux modèles de soins de santé en collaboration , et l'évaluation de l'impact des modifications de l'Accord sur le commerce intérieur sur la migration et la répartition des professionnels de la santé.**

Il est urgent de faire des progrès réels et soutenus en ce qui concerne les défis en matière de RHS auxquels fait face notre système de santé afin de réaliser la vision du *Cadre de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne*. Nous vous présentons nos recommandations comme un outil pour atteindre ce but. Les Canadiens, peu importe où ils vivent, ne méritent rien de moins.

VIII. Liste des recommandations

Pour relever les défis actuels et futurs en matière de recrutement et de conservation, le Collège royal recommande que :

- 1. Que le gouvernement fédéral investisse dans la formation et l'éducation de médecins et d'autres professionnels de la santé et respecte l'engagement pris par le parti Conservateur durant la campagne électorale de 2008 d'investir 10 millions par année sur quatre ans pour financer 50 nouveaux postes de résidence dans les hôpitaux d'enseignement,⁵⁵ et de prolonger ce financement pour dix ans.**
- 2. Que le gouvernement fédéral augmente et maintienne les investissements du Canada dans la recherche médicale, psychosociale et dans le domaine de la santé afin d'améliorer à la fois le système de santé du Canada et sa capacité à recruter et à retenir les chercheurs biomédicaux, les scientifiques et les spécialistes les plus émérites.**

Pour optimiser la contribution de tous les membres d'une équipe de soins en collaboration axés sur le patient, le Collège royal recommande que :

- 3. Que le gouvernement fédéral assure la coordination nationale et offre un soutien financier pour améliorer l'offre, le déploiement et l'évaluation d'autres professionnels de la santé, comme des adjoints aux médecins, des infirmières cliniciennes ayant une formation supérieure (y compris des infirmières praticiennes et des infirmières cliniciennes spécialisées), qui s'assureront ensuite que les Canadiens aient accès à plus de soins spécialisés de meilleure qualité.**

Pour accélérer l'intégration des diplômés en médecine internationaux – à la fois les immigrants reçus et les Canadiens étudiant à l'étranger – dans l'effectif médical et le système d'éducation canadien, le Collège royal recommande que :

- 4. Que le gouvernement fédéral établisse un financement ciblé et soutenu pour accroître les capacités des facultés de médecine, y compris le nombre de postes de résidents et pour élaborer des systèmes et des outils d'évaluation des DMI.**

Pour assurer que tous les Canadiens ne souffrent pas du manque de services médicaux essentiels en raison d'une pénurie de travailleurs de la santé ou d'autres ressources, le Collège royal recommande que :

- 5. Que le gouvernement fédéral étudie la possibilité de créer un fonds d'infrastructure fédéral spécial pour offrir des services d'urgence et de l'aide aux collectivités rurales et éloignées qui n'ont pas accès aux services de santé adéquats.**
- 6. Que le gouvernement fédéral crée un fonds spécial visant à :**
 - i) intégrer au sein du programme d'éducation médicale du Canada le cadre sur les compétences essentielles en matière de santé des Inuit, des Métis et des Premières nations élaboré par l'Association des médecines indigènes du Canada et le Collège royal;**
 - ii) créer des programmes de bourse et de mentorat dans le continuum de l'éducation médicale;**
 - iii) recruter et placer des professionnels de la santé des Premières nations, inuits et métis dans des pratiques professionnelles.**

Pour améliorer la planification et l'utilisation des ressources humaines en santé au Canada, le Collège royal recommande que :

- 7. le gouvernement fédéral crée et appuie financièrement un institut ou un observatoire pancanadien sur les ressources humaines en santé pour :**
 - i) aborder le manque et les faiblesses des données, de la recherche et de l'analyse,**
 - ii) partager les connaissances, surtout en ce qui a trait aux résultats en matière de santé que peuvent avoir les pénuries de RHS, les progrès à l'égard des nouveaux modèles de soins de santé en collaboration , et l'évaluation de l'impact des modifications de l'Accord sur le commerce intérieur sur la migration et la répartition des professionnels de la santé**

Notes de fin de document

¹ Groupe de travail Deux, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada : rapport final*, mars 2006, extrait de <http://www.physicianhr.ca/reports/TF2FinalStrategicReport-f.pdf>.

² Voir <http://www.partnershipagainstcancer.ca/index.php?nosplash>.

³ Nursing Sector Study Corporation, *Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada*, extrait de <http://www.nursesunions.ca/media.php?mid=308>.

⁴ Santé Canada, *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, 2004 : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, septembre 2004, extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/nr-cp_9_16_2-fra.php.

⁵ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, 2005, révisé en 2007, extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf.

⁶ Conseil canadien de la santé, *Relancer la réforme*, juin 2008, extrait de [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC_FiveYearPlan_FR_FA\(WEB\).pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC_FiveYearPlan_FR_FA(WEB).pdf).

⁷ Comité permanent de la Santé, Examen parlementaire du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, juin 2008, p. 12, extrait de

<http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/392/HESA/Reports/RP3577300/hesarp06/hesarp06-f.pdf>.

⁸ Collège royal, *Les effectifs médicaux spécialisés au Canada : Quels sont les problèmes et quelles sont les solutions?*, Consultation avec les associations nationales de spécialistes, le 14 novembre 2008, extrait de : http://crmcc.medical.org/publicpolicy/NSS_Meeting_Report_f.pdf.

⁹ Collège royal, *Les effectifs médicaux spécialisés au Canada : Quels sont les problèmes et quelles sont les solutions?*, Consultation avec les associations nationales de spécialistes, livret de présentation, extrait de http://repssc.medical.org/publicpolicy/NSS_presentations_booklet_e.pdf.

¹⁰ ICIS (2002). Base de données médicales Southam : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2001*, p. 30, extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDisMigPhy2001_f.pdf.

¹¹ ICIS (2008). *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens 2007*, p. 4, extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDistandMigCanPhysic_2007_f.pdf

¹² ICIS (2008), op.cit, Tableau 1.2 Nombre de médecins spécialistes selon le sexe, le groupe d'âge et la province ou le territoire, Canada, 2007, 65. Médecins de 50-59 ans : 8 620; de 60-64ans : 3 161; de 65-69ans : 2 149; de 70-74 ans : 1 251; de 75-79 : 568; de 80+ : 193.

¹³ Institut canadien d'information sur la santé : *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens*, 2000, extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDistandMigCanPhysic_2000_e.pdf.

¹⁴ En 2004, les médecins ont consacré en moyenne 26,2 heures aux soins directs aux patients. Q10A Données nationales, Moyenne heures de travail par semaine (à l'exclusion du temps de garde), Sondage national auprès des médecins, extrait de <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/results/PDF-f/FP/Tables/National/Q10a.pdf>.

¹⁵ En 2007, les médecins ont consacré en moyenne 25,29 heures aux soins directs aux patients. Q31. La moyenne d'heures de travail par semaine - à l'exclusion du temps de garde. Sondage national des médecins, 2007. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/National/pdf/Q31/Q31_CORE_only_fr.pdf.

¹⁶ Q35. Changements prévus au cours des 2 prochaines années (2007 à 2009). Sondage national des médecins, 2007. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins

¹⁷ Q31. La moyenne d'heures de travail par semaine - à l'exclusion du temps de garde, Sondage national des médecins, 2007. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins, op.cit.

¹⁸ Q28a. Quels sont les facteurs qui seront, pour vous, les plus importants afin d'avoir une pratique médicale satisfaisante et réussie? Sondage national 2007 des médecins : Données nationales concernant les résidents de deuxième année, extrait de : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/Residents/Q28a.pdf.

¹⁹ House Drafts \$13.3 Billion Stimulus for R&D, Backgrounder, January 16, 2009, retrieved from <http://www.aas.org/spp/rd/stim09h.pdf>.

²⁰ Medical Research Council (London, UK) (October 9, 2007), *Major Boost for UK Health Research Funding*, communiqué, extrait de <http://www.mrc.ac.uk/consumption/groups/public/documents/content/mrc004065.pdf>.

-
- ²¹ Wayne Kondro, *Federal election wrap: medical profession to be sparsely represented in House of Commons*, CMAJ, le 18 novembre 2008, extrait de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/11/1114>.
- ²² Q21. Lorsque vous collaborez à la prestation des soins avec d'autres professionnels de la santé, (veuillez cocher toutes les cases pertinentes), Sondage national des médecins, 2007. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins, extrait de http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/National/pdf/Q21/Q21_NON.CORE.only.fr.pdf.
- ²³ Voir Santé Canada, Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient, au <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/interprof/index-fra.php>.
- ²⁴ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf
- ²⁵ Santé Canada. *Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, 2004 : Un plan décennal pour consolider les soins de santé*, op.cit.
- ²⁶ Examen parlementaire du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, op.cit., 13.
- ²⁷ Comité fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, *Report of the Canadian Task Force on Licensure of International Medical Graduates*, 2004, p. 1. Extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/medical-graduates.pdf.
- ²⁸ ICIS (2008). "Table 20.0 Number and Proportion of Physicians Receiving Their MD Graduation From Canadian and Foreign Universities by Specialty, Province/Territory and Canada, 2007, Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2007", retrieved from http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/SupDistandMigCanPhysic_2007_e.pdf
- ²⁹ Groupe de travail Deux, op.cit., 12.
- ³⁰ Adapté de *Table 20.0 Number and Proportion of Physicians Receiving Their MD Graduation From Canadian and Foreign Universities by Specialty, Province/Territory and Canada, 2007*, op.cit.
- ³¹ En 2008, 353 des 1299 DMI (27 %) étaient jumelés dans des programmes, une augmentation par rapport aux 87 sur 657 (13,2 %) jumelés en 2004. Un total de 50 % des DMI ont choisi la médecine familiale en 2008. Les statistiques sur le jumelage de 1995 à 2008 de CaRMS sont disponibles au http://www.carms.ca/eng/operations_R1reports_08_f.shtml.
- ³² CMAJ, *Foreign Trained Doctors Dominate Pilot Projects*, vol. 178 (11); 20 mai 2008, doi:10.1503/cmaj.080601 extrait de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/178/11/1411>.
- ³³ Comme il est mentionné dans un document préparé pour le Comité consultatif FTP sur les RRH il y a 10 ans, ce problème est aussi vieux que les premiers commentaires écrits sur la question des ressources médicales dans ce pays. Morris L. Barer et Greg L. Stoddart, *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, juin 1999, 15, extrait de <http://www.srpc.ca/librarydocs/BarSto99.pdf>.
- ³⁴ Centre syndical et patronal du Canada pour le Groupe de travail Deux, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada, Les effectifs médicaux au Canada : Analyse des documents et des écarts, Rapport final*, janvier 2003, 39, extrait de <http://www.physicianhr.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-f.pdf>.
- ³⁵ AUDAS, R., Ross, Amanda et Vardy, David, *The use of provisionally licensed international medical graduates in Canada*, Canadian Medical Association Journal: 173 (11): 1315-1316, le 22 novembre 2005, extrait de <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/11/1315>. Cet article est fondé sur un document antérieur (décembre 2004) par les mêmes auteurs intitulé *The Role of International Medical Graduates in the Provision of Physician Services in Atlantic Canada*, extrait de http://www.mun.ca/harriscentre/Reports/IMG-Atlantic_Metropolis-FINAL.pdf.
- ³⁶ ICIS, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, 2005, extrait de : http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Geographic_Distribution_of_Physicians_FINAL_e.pdf.
- ³⁷ Voir Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Royal College of Physicians and Surgeons (January 2009). "Appendix 4, Table 5: Provincial/Territorial forms of provisional medical assessment, licensure and registration," One Step Forward – Two Steps Back? A Discussion Paper on Physician Mobility in Canada, 23-27, extrait de http://rcpsc.medical.org/publicpolicy/Physician%20Mobility%20Paper_e_fe.pdf.
- ³⁸ *Improving Access to Needed Medical Services in Rural and Remote Canadian Communities: Recruitment and Retention Revisited*, op.cit, 15.
- ³⁹ « Le recrutement de nouveaux médecins, particulièrement à l'étranger, est coûteux. Si les autorités régionales de la santé doivent remplacer les médecins aux deux ans (le temps habituellement requis pour obtenir un permis d'exercer), cela nécessite l'utilisation de ressources financières qui seraient plus utiles si elles étaient utilisées pour

fournir des soins de santé. » [trad.] Audas, Rick, Ross, Amanda et Vardy, David, *The Role of International Medical Graduates in the Provision of Physician Services in Atlantic Canada*, op.cit, 15.

⁴⁰ « . . . (i) La corrélation entre la migration provinciale nette et le taux de diplomation est négative (-0,41) et importante, [et] (ii) la corrélation entre la migration nette et la part des DMI est également négative et importante (-0,39). Autrement dit, il semble que les provinces qui entraînent moins de médecins profitent plus de la migration interprovinciale et que celles qui perdent le plus de médecins par la migration interprovinciale recrutent le plus à l'échelle internationale. [trad.] Dumont, Jean-Christophe, Zurn, Pascal, Church, Jody et Le Thi, Christine, *International Mobility of Health Professionals and Health Workforce Management in Canada: Myths and Realities*, Organisation de coopération et de développement économique, OECD Health Working Papers #40, 32, extrait de <http://www.oecd.org/dataoecd/7/59/41590427.pdf>.

⁴¹ *One Step Forward – two Steps Back?*, op.cit.

⁴² Voir http://rcpsc.medical.org/news/documents/AIT_letter_e.pdf.

⁴³ Mathews, Maria, *Do they stay or do they go? Retention of provisionally licensed international medical graduates in Newfoundland and Labrador*, sans date. Fondé sur Mathews, Maria, AC Edwards, JTB Rourke, *Provisional licensing and retention of family doctors in Newfoundland and Labrador*, "Division of Community Health and Humanities, Memorial University of Newfoundland [technical report], 2007, extrait de <http://www.openmedicine.ca/article/view/123/155>.

⁴⁴ Canadian Collaborative Centre for Physician Resources, Canadian Medical Association (Lynda Buske). *Rural reality: analysing medical life outside Canada's cities* juin 2008, extrait de http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Policy_Advocacy/Policy_Research/Rural_survey_analysis.pdf.

⁴⁵ Groupe de travail Deux, op.cit., 22.

⁴⁶ Statistique Canada, *Le Quotidien : Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, le 15 janvier 2008, extrait de <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080115/dq080115a-fra.htm>.

⁴⁷ Assemblée des Premières Nations, *Royal Commission on Aboriginal People at 10 Years: a Report Card*, 3, 2003, extrait de http://www.afn.ca/cmslib/general/afn_rcap.pdf.

⁴⁸ Assemblée des Premières nations, *A First Nations Diabetes Report Card, Part 1: Marking a Path to Community Wellness*, juin 2006, 10, extrait de <http://www.afn.ca/misc/diabetes-rc.pdf>.

⁴⁹ Société canadienne du cancer, *Cancer awareness campaign targets Aboriginal community*, Communiqué, le 12 décembre 2005, extrait de : <http://www.cancer.ca/ontario/about%20us/media%20centre/od-media%20releases/cancer%20awareness%20campaign%20targets%20aboriginal%20community.aspx>.

⁵⁰ *Royal Commission on Aboriginal People at 10 Years: a Report Card*, 2003, op.cit.

⁵¹ Association des médecins indigènes du Canada, Collège royal. *Les compétences essentielles en matière de santé des Inuit, des Métis et des Premières nations en formation médicale postdoctorale*, mars 2009, extrait de http://cmcc.medical.org/residency/FirstNations/CC_IPAC_PGME_f.pdf.

⁵² *Relancer la réforme*, op.cit., 16.

⁵³ Ibid, 36.

⁵⁴ Groupe de travail Deux, op.cit., 8.

⁵⁵ Wayne Kondro, *Federal election wrap: medical profession to be sparsely represented in House of Commons*, CMAJ, le 18 novembre 2008, extrait de <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/179/11/1114>.